

Lausanne cohorte 65+
pour l'étude et la prévention de la fragilisation liée à l'âge

Consignes pour remplir le questionnaire

Vous trouverez d'abord des questions sur **votre état de santé actuel**, que vous connaissez déjà car elles sont posées régulièrement à chaque étape de l'étude. Elles ont pour but d'enregistrer des changements de santé dans la cohorte. Il importe donc de décrire comment vous vous sentez en ce moment.

Viennent ensuite des blocs de questions sur le **risque de chuter**, sur les **événements stressants** survenus l'an dernier, et sur la **santé émotionnelle**. Comme nous devons calculer des scores à partir de ces questions, il est particulièrement important de répondre à chaque ligne et de ne pas en sauter, même si certaines vous paraissent plus difficiles ou délicates que d'autres.

Enfin, la dernière partie de ce questionnaire porte sur vos **activités professionnelles ou bénévoles** actuelles.

Veillez lire attentivement chaque question et toutes les réponses proposées avant de cocher celle qui vous convient le mieux. Une seule réponse doit être choisie !

Comme toute information recueillie dans le cadre de la Cohorte Lc65+, vos réponses seront traitées et analysées dans le plus strict respect de la confidentialité.

Nous vous serions reconnaissants de **remplir à l'avance ce questionnaire chez vous, et de l'amener lors de votre rendez-vous à l'IUMSP** (Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive).

1. Comment allez-vous en ce moment? Jugez-vous votre santé actuelle...

sper001

- ₁ très bonne
- ₂ bonne
- ₃ moyenne
- ₄ mauvaise
- ₅ très mauvaise

2. Si vous comparez votre santé actuelle à celle des personnes de votre âge, trouvez-vous que vous êtes...

sper009

- ₁ nettement en meilleure santé
- ₂ plutôt en meilleure santé

- ₃ dans la moyenne
- ₄ plutôt en moins bonne santé
- ₅ nettement en moins bonne santé

3. Actuellement, avez-vous peur de tomber malade, ou que votre état de santé ne s'aggrave?

psyc001

- ₁ très peur
- ₂ assez peur
- ₃ un peu peur
- ₄ à peine peur
- ₅ pas du tout peur

4. Durant les quatre dernières semaines, avez-vous eu un sentiment de faiblesse généralisée, de lassitude, de manque d'énergie?

sper003

- ₁ pas du tout
- ₂ un peu
- ₃ beaucoup

5. Durant les quatre dernières semaines, avez-vous eu des difficultés à vous endormir ou des insomnies?

sper005

- ₁ pas du tout
- ₂ un peu
- ₃ beaucoup

6. Durant les quatre dernières semaines, avez-vous eu des difficultés à accomplir les activités suivantes: prendre une douche ou un bain, vous habiller, manger, entrer/sortir du lit ou du fauteuil, utiliser les toilettes?

fonc010

- ₁ non, je n'ai eu aucune difficulté
- ₂ j'ai eu des difficultés pour une ou plusieurs activités, mais je n'ai pas été aidé(e)
- ₃ j'ai reçu de l'aide pour une ou plusieurs activités

7. Durant les quatre dernières semaines, avez-vous eu des difficultés pour faire vos achats ou pour accomplir vos tâches courantes à la maison?

fonc011

- ₁ non, je n'ai eu aucune difficulté
- ₂ j'ai eu des difficultés pour une ou plusieurs activités, mais je n'ai pas été aidé(e)
- ₃ j'ai reçu de l'aide pour une ou plusieurs activités

8. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous modifié vos activités physiques?

comp032

- ₁ oui

₂ non, rien n'a changé → passer à la question 10

9. Dans quel sens vos habitudes se sont-elles modifiées, par rapport à l'an dernier?

comp033

₁ je fais plus de mouvement ou d'exercice physique que l'an dernier

₂ je fais moins de mouvement ou d'exercice physique que l'an dernier

10. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous involontairement perdu du poids?

sant002

₁ oui

₂ non

11. Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous tombé(e) en dehors d'activités sportives?

cepe001

₁ non

₂ oui, une fois

₃ oui, plusieurs fois

12. Avez-vous actuellement peur de tomber?

cepe002

₁ pas du tout → passer à la question 14

₂ un peu

₃ beaucoup

13. Cette peur vous a-t-elle amené(e) à restreindre certaines de vos activités?

cepe003

₁ oui

₂ non

14. Nous aimerions encore vous demander si vous ressentez de l'inquiétude face à la possibilité de tomber dans certaines circonstances. A chaque ligne, répondez en pensant à la manière dont vous effectuez habituellement l'activité mentionnée.

Si, actuellement, vous ne faites pas l'une des activités, répondez d'abord en imaginant votre degré d'inquiétude **SI** vous réalisiez en réalité cette activité et ensuite, ajouter une deuxième croix sur la même ligne, dans la colonne "*Je ne le fais pas*".

Il est important de répondre à TOUTES les questions.

		<u>Pas du</u> <u>tout</u> <u>inquiet</u>	<u>Un</u> <u>peu</u> <u>inquié</u> <u>t</u>	<u>Assez</u> <u>inquié</u> <u>t</u>	<u>Très</u> <u>inquié</u> <u>t</u>	<u>Je ne le</u> <u>fais pas</u>
cepe004_a	a. Faire votre ménage (<i>par exemple: balayer, passer l'aspirateur, faire la poussière</i>)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_b	b. Vous habiller et vous déshabiller	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_c	c. Préparer des repas simples	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_d	d. Prendre une douche ou un bain	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_e	e. Aller faire des courses	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_f	f. Vous lever d'une chaise ou vous asseoir	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>

cepe004_g	g.	Monter ou descendre des escaliers	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_h	h.	Vous promener dehors dans le quartier	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_i	i.	Atteindre quelque chose au-dessus de votre tête ou par terre	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_j	j.	Aller répondre au téléphone avant qu'il ne s'arrête de sonner	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_k	k.	Marcher sur une surface glissante (par exemple: mouillée ou verglacée)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_l	l.	Rendre visite à un ami ou une connaissance	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_m	m.	Marcher dans un endroit où il y a beaucoup de monde	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_n	n.	Marcher sur un terrain inégal (par exemple: sol caillouteux, trottoir non entretenu)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_o	o.	Descendre ou monter une pente	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
cepe004_p	p.	Sortir (par exemple: pour aller à un service religieux, à une réunion de famille ou à une assemblée associative)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>

- 15.** Voici une liste d'événements marquants, dont certains vous ont peut-être touché(e) récemment. Veuillez indiquer à chaque ligne, par oui ou par non, si vous avez été confronté(e), au cours des 12 derniers mois, à ces événements.

Il est important de répondre à TOUTES les questions. Si vous n'êtes absolument pas concerné(e) par une rubrique (par ex.: la rubrique b. pour celles et ceux qui ne travaillent pas depuis plus d'un an), veuillez simplement cocher "Non".

AVEZ-VOUS ETE CONFRONTE(E) CES 12 DERNIERS MOIS A...

Oui

Non

even001_0001	a.	Des difficultés financières majeures	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0022	b.	L'arrêt d'une activité professionnelle	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0023	c.	Une perte d'emploi soudaine	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0002	d.	Des maladies nouvelles	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0003	e.	Des maladies importantes que vous aviez déjà	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0004	f.	Une maladie majeure affectant un membre de votre famille qui vous est proche	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0005	g.	Un accident ou une blessure	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0006	h.	Une séparation de votre couple ou un divorce	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0007	i.	D'autres difficultés dans votre couple	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

even001_0008	j.	Des problèmes ou conflits familiaux majeurs, en-dehors de votre couple	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0009	k.	Des problèmes ou conflits majeurs avec des voisins ou des amis	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0024	l.	La rupture d'une longue relation autre qu'un mariage	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0025	m.	La séparation d'avec un parent ou un ami proche	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0010	n.	Le décès de votre conjoint ou partenaire	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0011	o.	Le décès de l'un de vos enfants	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0012	p.	Le décès de votre père ou de votre mère	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0013	q.	Le décès d'un frère ou d'une sœur	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0014	r.	Le décès d'un autre parent ou d'un ami proche	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0015	s.	Le décès d'un animal de compagnie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0016	t.	Un déménagement forcé ou la perte de votre logement	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0017	u.	Un déménagement volontaire	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0026	v.	Le départ d'une personne qui vivait avec vous (en-dehors de votre conjoint ou partenaire)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0027	w.	L'arrivée d'une nouvelle personne sous votre toit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0018	x.	Une difficulté à obtenir des aides et soins professionnels adéquats	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0019	y.	Une agression ou un vol	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
even001_0020	z.	Vous avez dû commencer à prodiguer des soins ou à aider un parent ou un ami proche	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

ATTENTION:

even005

Si vous avez répondu oui sur plus d'une ligne, veuillez encercler, dans la marge à gauche, la lettre correspondant à l'événement qui vous a le plus affecté(e)

- 16.** Nous désirons aussi vous interroger sur votre bien-être *au cours des dernières semaines*. Veuillez répondre à TOUTES les questions en choisissant, pour chaque ligne, la réponse qui s'applique le mieux à votre personne. N'oubliez pas que nous souhaitons connaître votre situation actuelle et récente, et non votre situation passée.

		<u>Plus que d'habitude</u>	<u>Comme d'habitude</u>	<u>Moins que d'habitude</u>	<u>Bien moins que d'habitude</u>
	RECEMMENT EST-CE QUE VOUS...				
psyc013_a	a. - vous êtes senti(e) capable de vous concentrer sur ce que vous faisiez?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc013_b	b. - avez mal dormi à cause de préoccupations?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc013_c	c. - avez eu le sentiment de pouvoir vous rendre utile?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

psyc013_d	d.	- vous êtes senti(e) capable de prendre des décisions en général?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc013_e	e.	- vous êtes senti(e) constamment sous tension?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc013_f	f.	- avez eu l'impression de ne pas pouvoir surmonter les difficultés?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc013_g	g.	- avez été capable de tirer satisfaction de vos activités quotidiennes?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc013_h	h.	- avez été capable de faire face aux difficultés?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc013_i	i.	- vous êtes senti(e) malheureux/se) et déprimé(e)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc013_j	j.	- avez perdu confiance en vous?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc013_k	k.	- avez eu l'impression d'être un(e) "moins que rien"?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
psyc013_l	l.	- vous êtes senti(e) raisonnablement heureux/se, tout compte fait?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

GHQ-12 © David Goldberg. Published by nferNelson Publishing Company Ltd, The Chiswick Centre, 414 Chiswick High Road, London W4 5TF, UK. All rights reserved including translation.

17. Avez-vous eu, ces trois derniers mois, une activité **rémunérée**? Si oui, veuillez préciser combien d'heures de travail par semaine, en moyenne.

soci006 ₁ oui, en moyenne _____ heures par semaine ₂ non
soci006_0000_n

18. Avez-vous eu, ces trois derniers mois, une activité **bénévole** pour des personnes ne vivant **pas** sous le même toit que vous (*par exemple: aide à des personnes malades, garde de petits-enfants, travail non rémunéré pour une église ou une association, etc.*)? Si oui, veuillez préciser combien d'heures par semaine, en moyenne.

soci007 ₁ oui, en moyenne _____ heures par semaine ₂ non
soci007_0000_n

19. Avez-vous, ces trois derniers mois, apporté de l'aide **non rémunérée** à des personnes **vivant avec vous** (*par exemple, soins à une personne malade ou à un enfant vivant avec vous*)? Si oui, veuillez préciser combien d'heures par semaine, en moyenne.

soci008 ₁ oui, en moyenne _____ heures par semaine ₂ non
soci008_0000_n